

Aleksandra Chodecka

Transpłciowość – sztuka pozostawania sobą

Niniejszy tekst jest próbą odniesienia się do opisu powstawania i transformacji kategorii transpłciowości według Marii Dębińskiej zawartego w książce *Transpłciowość w Polsce. Wytwarzanie kategorii* [Dębińska], kategorii dotyczącej różnych aspektów funkcjonowania osób o zróżnicowanych odczuciach płciowych. Jak pisze autorka:

Główna teza tej książki brzmi [...]: wytwarzanie transpłciowości jako kategorii tożsamościowej dokonuje się drogą tworzenia narracji o społeczeństwie zamieszkiwanym przez osoby, które się z tą kategorią utożsamiają, o relacjach społecznych, w których funkcjonują, i w których doświadczają przemocy bądź wsparcia. Celem tej pracy jest opis tak zdefiniowanej praktyki wytwarzania kategorii transpłciowości w Polsce od lat 60. XX wieku do dziś, a konkretnie – lokalizacja sposobów wyobrażania sobie świata, który w mniejszym stopniu stawiałby opór osobom niepasującym do binarnego porządku płciowego, dzięki tworzeniu oddolnych koncepcji płci, transpłciowości i społeczeństwa, oraz opis praktyki fantazjowania o płci, transpłciowości i społeczeństwie w ramach dominujących społecznych instytucji, takich jak prawo i medycyna. Nie zamierzam więc skupiać się na tożsamościach i doświadczeniach osób transpłciowych, ale zapytać o dyskursywne wytwarzanie płci jako narzędzia dyscyplinowania oraz społeczeństwa jako synonimu przemocy wobec osób niewpisujących się w normy płciowe” [21].

Z jednej strony książka dotyczy zatem, w jakiej mierze, treści kategorii transpłciowości – tożsamości płciowej versus sposobu życia, a z drugiej procesu konstruowania i nadawania przez społeczeństwo symbolicznej warstwy odczuciom występującym u osób transpłciowych. Autorka wnosi też refleksję dotyczącą kierunku tego procesu – jak praktyki i symbolika płynące z grupy społecznej mogą indukować określone przeżywanie siebie oraz jak aktywność jednostki wpływa na kształtowanie pojęcia w społeczeństwie. W narracji autorki dominuje obraz relacji osób transpłciowych z przemocowym społeczeństwem, które w istocie takie właśnie jest wobec osób niewpisujących się w binarny „porządek” płciowy [Górska et al.; Świder and Winiewski], które za pomocą różnorodnych narzędzi kształtuje w transpłciowej jednostce dojmujące poczucie niedopasowania, pragnienie dopasowania i paraadaptacyjne uwewnętrznianie społecznych znaczeń płciowości oraz w zasadzie redukuje narracje osób transpłciowych do pożądanych społecznie komunikatów i stymuluje do potencjalnie szkodliwych działań. W obraz przemocowego społeczeństwa wpisują się świat medycyny i świat prawniczy, a do wykorzystywanych narzędzi należą: język, struktura diagnozy, postępowanie sądowe czy medyczne interwencje uzgodnienia cech płciowych.

Istotnym motywem pracy jest wskazanie roli podatności osób transpłciowych na ową przemoc w procesie definiowania kategorii transpłciowości, tak że w rezultacie ta definicja sprzyja tworzeniu praktyk mających na celu zniwelowanie niedopasowania do binarnego systemu „niepasujących jednostek”. Manifestuje się to w narracjach o „uwięzieniu w obcym ciele” i w wymuszaniu spójności doświadczeń płciowych, która staje się dla specjalistów kryterium zdrowia. W efekcie praktyki te stają się narzędziami przemocy, redukując swobodę autentycznych narracji dotyczących wywoływanych odczuć. Autorka wskazuje na siłę, z jaką procesy społeczne kształtują w nas pojęcie płci biologicznej, będące punktem odniesienia dla rozumienia transpłciowości, na jej względność, nabieranie znaczenia dopiero w kontekście relacji z innymi, mimo że wydaje nam się ona kategorią niezmienną, wynikającą z właściwości cielesnych.

Płeć zdaniem Butler jest efektem zinterpelowania przez prawo; to płeć kulturowa czy też normy ucieleśnienia i zachowania są matrycą, na której dyskursywnie wytwarzana jest płeć biologiczna. Normy płciowe nie są więc jedynie kulturową interpretacją różnicy biologicznej, ale tworzą strukturę administracyjną służącą wytwarzaniu i regulowaniu tej różnicy, a wraz z nią zdolności reprodukcyjnych jednostek i populacji [Dębińska 19].

Autorka opisuje ten proces z perspektywy zarówno antropologiczno-socjologicznej, jak i historycznej. Ta pierwsza wymaga pewnej znajomości aparatu

pojęciowego koncepcji antropologiczno-kulturowych. Czytelnicy nieznający tego języka mogą mieć spory kłopot z podążaniem za myślą autorki, co każe postawić pytanie o to, do kogo adresowana jest książka. Na pewno osoby specjalizujące się w dziedzinie antropologii, etnologii czy socjologii znajdą tu ciekawą analizę dyskursywnego kształtowania pojęcia. A osoby, których dotyczy opisywana kategoria? Wątpię, chyba że należą jednocześnie do zbioru pierwszego. Specjaliści innych dziedzin – ze sporym wysiłkiem, poza fragmentami, które dotyczą ich obszaru pracy, a szkoda. Praca wskazuje na istotne dla powstawania utrudnień funkcjonowania osób transpłciowych wzajemne powiązania pomiędzy praktykami społecznymi na gruncie prawnym, medycznym, politycznym a tworzeniem „lokalnych wierzeń ludowych”. Język jako narzędzie wykluczenia akurat ma tu zastosowanie. To swoiste odwrócenie ról jest zabiegiem celowym czy przypadkowym? Kreując paranoiczną fantazję, można pomyśleć, że autorka celowo stawia osoby czytające w pozycji jednostki poruszającej się po świecie znaczeń nierozpoznanych, nieczytelnych i zagmatwanych niczym niejasne kryteria diagnostyczne czy niespójne postanowienia sądowe. Ale to tylko fantazja, rzeczywistość jest taka, że *Transpłciowość...* jest efektem projektu badawczego i jako publikacja naukowa musi zachować określone standardy. Jeszcze raz szkoda – praca Dębińskiej niezwykle pobudza myślenie o płynności pojęć i o tym, jak bardzo jesteśmy do nich przywiązani jako „esencjonalnej prawdy”, a taka refleksja przydałaby się nie tylko antropologom czy socjologom. Tekst piszę w czasie (czerwiec/lipiec 2022 r.), kiedy w przestrzeni medialnej ze strony osób odpowiedzialnych za projektowanie wspólnej społecznej przestrzeni życiowej pojawiają się wobec osób transpłciowych prześmiewcze komentarze, które bazują na jedynym słusznym porządku stałości płci rozpoznanej przy urodzeniu na podstawie zewnętrznych narządów płciowych. Porządku, który już dawno się zdezaktualizował, a jednocześnie niezmiennie obowiązuje w naszej świadomości. Dzięki rozwojowi badań medycznych wiemy, że płeć już na poziomie somatycznym jest zespołem cech, które nie muszą być spójne [Cools et al.]. Przykłady osób z różnego rodzaju zespołami zróżnicowanych cech płciowych (DSD – *differences/diverse sex development*), które także podlegają presji dopasowania płciowego, a których głos sprzeciwu wobec wczesnych zabiegów na rzecz uzgadniania cech płciowych od dawna słychać na całym świecie [FRA European Union Agency for Fundamental Rights], wskazują na to, jak ograniczone są kategorie, które zakładamy, nie mając dostępu do poznania. Autorka wskazuje dodatkowo, jak prawne i medyczne praktyki społeczne poznanie to ograniczają poprzez tworzenie narzędzi, które mają na celu potwierdzanie „prawd” pozwalających na kontrolowanie społecznego potencjału reprodukcyjnego i zarządzanie nim. Na gruncie seksuologii obserwujemy już jednak modele pozwalające na dymensjonalne, a nie kategoriale ujęcie takich pojęć, jak płeć, tożsamość płciowa, orientacja seksualna, co pozwala na tworzenie w ramach teorii i praktyki diagnostycznej obrazów zindywidualizowanych wariantów ludzkiej seksualności [Bancroft; Blonna and Levitan].

Druga perspektywa – historyczna – jest niezwykle skrupulatnym i wielopłaszczyznowym opisem przemian w dziedzinie medycznego i prawnego opracowania sytuacji osób transpłciowych.

Dębińska, rozpoczynając od przedstawienia celu swojej pracy i metodologii, wyraźnie podkreśla, że nie jest zainteresowana etnograficznym opisem środowiska osób transpłciowych – jego rozwojem czy indywidualnymi strategiami budowania tożsamości (choć informacje zawarte w tekście mogą nam dać pewien obraz na ten temat). Chce przede wszystkim dokonać analizy procesów społecznych i ich historycznych uwarunkowań względem kształtowania kategorii transpłciowości. Towarzyszą jej dwa założenia: po pierwsze, kategorie tego typu uważa za wytwór praktyk i relacji społecznych, po drugie, uznaje transpłciowość za „lokalną zachodnią kategorię będącą pochodną splotu społecznych i politycznych uwarunkowań takich jak kolonializm czy rozwój dwudziestowiecznej seksuologii i endokrynologii” [Dębińska 10]. Uzasadniając przyjęte założenia, wskazuje na ulokowanie procesu powstawania kategorii w szerszym kontekście podtrzymywania podziału między Zachodem z jego binarnym sposobem kategoryzacji zjawisk płciowych a „resztą” społeczeństw z tradycyjnymi rolami społecznymi adaptującymi zjawiska wychodzące poza ten podział.

Autorka omawia przy tym takie zjawiska, jak wylanianie i wzajemne wpływy dyscyplin etnologii i seksuologii w kwestii kształtowania pojęć związanych z praktykami seksualnymi, ścieranie się założeń (esencjalizmu biologicznego i konstruktywizmu), konflikt pomiędzy autologicznymi podmiotami a genealogicznym społeczeństwem [Dębińska 14], udział homofobicznego nastawienia i heteronormatywnych założeń.

Dalej badaczka pisze o zmianach w sposobach narracji osób transpłciowych w zależności od kontekstu ujawniania swoich odczuć. Posiłkuje się tu swoimi badaniami: 36 półstrukturalizowanymi wywiadami biograficznymi z osobami transpłciowymi związanymi z portalem crossdressing.pl i Fundacją Trans-Fuzja, rozmowami ze specjalistami w dziedzinie zdrowia seksualnego, analizą 35 rozpraw sądowych dotyczących ustalenia płci w latach 1995–2011, a także analizą publikacji prasowych i rozmów z osobami zaangażowanymi w próby kształtowania prawa dotyczącego korygowania dokumentów w zakresie płci metrykalnej.

Podróżując z Dębińską przez kolejne historyczne etapy opracowania kategorii transpłciowości, poznajemy początki powstawania opieki seksuologicznej w Polsce. Autorka rozpoczyna tę część historii od opisu powstania Zakładu Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich w Warszawie, gdzie od początku lat 80. XX wieku prowadzono diagnozę i terapię skierowaną wobec osób transpłciowych. Okres ten przypada na znaczące zmiany w zakresie konstrukcji klasyfikacji medycznych na świecie. W 1973 roku wykreślono homoseksualizm z klasyfikacji medycznej chorób i zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM), w 1980 w wersji trzeciej (DSM-III) pojawiła się kategoria

zaburzenia tożsamości płciowej, a w 1990 w klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10 wykreślono homoseksualizm jako zaburzenie i w tej samej wersji pojawiły się zaburzenia identyfikacji płciowej [Mijas and Koziara; Tritt and Baluka]. Miało to o tyle znaczenie, że transpłciowość zyskała odrębne wobec dewiacji seksualnych miejsce, a homoseksualność została zdepatologizowana, co pociągało za sobą zmiany w medycznym traktowaniu osób o takich odczuciach, przynajmniej w teorii. Należy jednak pamiętać, iż początek działania instytucji w Polsce był jeszcze nadal silnie zakorzeniony w klasyfikacjach i systemie politycznym podtrzymujących heteronormatywny „porządek”. Mimo że autorka uznaje seksuologów i ich pacjentów za pierwszych, którzy wykreowali język do opowiedzenia o transpłciowych biografiach, wskazuje także na zagrożenia, jakie ów język stworzył dla funkcjonowania osób transpłciowych. Należały do nich przede wszystkim negacja i stygmatyzacja różnorodnych przeżyć, które nie wpisują się w wymaganą opcję w jasno pokategoryzowanym podziale na męskie/żeńskie, natura/kultura, oraz niespójności pomiędzy wewnętrznym a zewnętrznym, tożsamością płciową a rolą społeczną. Stąd kryteriami zdrowia/„normalności” stały się spójność, jednoznaczność i komplementarność. Ta ostatnia, silnie związana z heteronormatywnym ujęciem płciowości, doprowadziła do włączenia oceny orientacji seksualnej osób transpłciowych do oceny diagnostycznej tak zwanego prawdziwego transseksualizmu, co jednak w ostatnich latach podlega silnej krytyce i weryfikacji [Kłonkowska]. Opisany proces, jak wskazuje autorka, był nie tylko wspomagany poprzez aktywne próby odniesienia się do kategorii transpłciowości (tworzenie systemów klasyfikacji medycznej, regulacji prawnych), ale także poprzez ignorancję spychającą na margines funkcjonowania społecznego ludzi, których sytuacja czy odczucia nie są ujęte w „obowiązujący porządek” społeczny. W Polsce nie istnieją poświęcone osobom transpłciowym ośrodki zdrowia, finansowane ze środków publicznych, w których można doświadczyć kompleksowej opieki zdrowotnej (badania hormonalne, niezbędna opieka związana ze zdrowiem psychicznym, monitorowanie krótko- i długoterminowych skutków interwencji medycznych afirmujących płęć, pozwalających na konstruowanie bezpiecznych procedur dostosowanych do indywidualnej sytuacji danej osoby), nie ma oficjalnych procedur i wytycznych dotyczących traktowania ucznia w publicznych placówkach edukacyjnych, nie ma w programach szkoleniowych dla osób zajmujących się edukacją, psychoterapią, zdrowiem informacji o sposobach postępowania wobec osób transpłciowych [Świder and Winiewski]. Jest to obszar, w którym specjaliści i specjalistki kierują się samodzielnie zdobytą wiedzą bądź też intuicją, nierzadko opartą na błędnych informacjach zrównujących terminy odnoszące się do tak różnych fenomenów, jak płęć, tożsamość płciowa, rola płciowa czy orientacja psychoseksualna. Brakuje proceduralnych oraz finansowych możliwości tworzenia zespołów interdyscyplinarnych, wspierających dążenia osób transpłciowych. Brak jasno nakreślonych procedur skutkuje

po mieszczeniu praktyk diagnostycznych, psychoterapeutycznych i wspierających, co prowadzi do poczucia nadużycia i niedostosowania interwencji do potrzeb jednostki. W efekcie pojawia się uzasadniona frustracja prowadząca do działań, które mają dwojaki charakter: konstruktywny w postaci działalności aktywistycznej nastawionej na wsparcie, edukację, walkę o równe prawa w zakresie poszanowania godności osobistej, możliwości korzystania ze środków publicznych w dziedzinie edukacji czy medycyny, ale także nierzadko destrukcyjny w postaci podejmowanych prób samobójczych, aktów samobójczych, ataków na procedury pomocowe. Te ostatnie są szczególnym obiektem sporów pomiędzy specjalistami opieki zdrowotnej oraz specjalistami a osobami transpłciowymi. Wieloletnie doświadczenia niewłaściwej opieki sprawiają, że niektóre formy, a w szczególności psychoterapia, budzą podejrzliwość co do intencji zastosowania poszczególnych technik kojarzonych z metodami reparatornymi uznanymi za szkodliwe i nieetyczne [Starzewski] mimo ich zupełnie odmiennego celu. Istotą procesu psychoterapeutycznego jest poznanie subiektywnych doświadczeń, ich osobistych znaczeń, sposobów funkcjonowania, analiza tych fenomenów pod kątem powstawania objawów przynoszących cierpienie oraz projektowania działań na rzecz ich zniesienia. Ponieważ transpłciowe odczucia stanowią treść kryteriów rozpoznania jednostki medycznej (zaburzenia identyfikacji płciowej w klasyfikacji ICD-10, niezgodności płciowej w ICD-11 czy dysforii płciowej w klasyfikacji DSM-5) ułożonej w klasyfikacjach medycznych, są często utożsamiane z „objawem”, z jakim przychodzi osoba pacjencka na leczenie. Tymczasem pacjenci transpłciowi, z uwagi na występowanie rozmaitych trudności w zakresie zdrowia psychicznego, będących często efektem traumatyzujących doświadczeń, specyfiki doświadczeń związanych ze stresem mniejszościowym bądź rozwijających się niezależnie od odczuć transpłciowych, stają się pacjentami pozostającymi pod opieką psychiatryczną czy psychoterapeutyczną, potrzebując pomocy w zgłaszanych problemach. Są to potrzeby inne niż podjęcie działań na użytek postępowania tranzycyjnego, w związku z czym badanie rozwoju psychoseksualnego jest przeżywane z dużą podejrzliwością. Zresztą dociekania w tym obszarze w postępowaniu na rzecz dokumentacji odczuć związanych z dysforią i niezgodnością płciową na użytek tranzycji budzą podobny niepokój, tym razem jednak obawy dotyczą bycia niewystarczająco wiarygodnym. W przypadku psychoterapii są one raczej związane z celem terapii bądź osoby prowadzącej, czy przypadkiem nie ma ona intencji zakwestionowania odczuć transpłciowych potraktowania ich jako objawu zaburzenia bądź choroby psychicznej. Jednak poznanie indywidualnej historii osoby pacjenckiej, łącznie z rozwojem jej transpłciowych przeżyć, jako kontekstu powstających trudności jest niezwykle istotnym etapem pracy psychoterapeutycznej. Jednocześnie rozpatrywanie samej niechęci wobec swojego ciała jako objawu problemów psychologicznych czy rozwojowych stoi blisko doświadczenia zakwestionowania czy krytyki odczuć związanych z płcią. Doświadczenie to w dużym

stopniu utrudnia poznanie świata wewnętrznego osoby pacjenckiej. Pytania odnoszące się do tego obszaru, podobnie jak pytania o seksualność, związki, relacje miłosno-seksualne, zadawane każdej innej osobie bez doświadczeń transpłciowości, dla tej grupy stają się opresyjne, zagrażające i podważające wobec odczuć płciowych, potencjalnie patologizując bądź stanowiąc wyraz niezdrowego zainteresowania ze strony osoby badającej, przeżywanej jako „zбочony” voyeurysta bądź autorytarny laborant oglądający „niespotykane okazy”. W relacji terapeutycznej na skutek dynamiki przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej odtwarza się dychotomia pomiędzy wyemancypowaną jednostką a opresyjnym społeczeństwem, w której osoba pacjencka doświadcza identyfikacji z pozycją ofiary, a terapeuta z pozycją oprawcy, sędziego, krytyka. Tymczasem uniwersalnie skonstruowane założenia psychoterapii wymagają poznania osoby zainteresowanej leczeniem. Efekt jest tragiczny: osoba transpłciowa zgłaszająca się na psychoterapię albo podda się praktykom, które aktywizują doświadczenia przemocowych oddziaływań otoczenia w postaci „dociekań na rzecz podważenia odczuć płciowych”, albo odmówi dostępu do świata wewnętrznego, tym samym pozostając bez opieki, co w gruncie rzeczy również leży w obszarze doznań przemocowych, przybierając postać zaniedbania. Na nic zdają się dywagacje na temat świadomej zgody i chęci podjęcia terapii. Pomimo racjonalnej warstwy omówienia zasad pracy (bo takie powinno zaistnieć, jeśli pomoc jest profesjonalna i wykonywana zgodnie z regulacjami kodeksów etycznych) istnieje mała szansa, aby rozmowa o intymnych szczegółach funkcjonowania w kontekście sytuacji społecznej osoby transpłciowej nie była trudna. Z kolei osoba pomagająca jest w dylemacie – jak dalece stosować techniki, które w przyjętym paradygmacie mają wartość leczącą, a jednocześnie powodują aktywizację traumatycznych doświadczeń. To dylemat pomiędzy niechęcią do pozostawiania na pozycji osoby oferującej frustrujące, ale jednak leczenie a pozostawianiem na pozycji osoby porzucającej leczenie na rzecz dobrego samopoczucia – chwilowego u osoby pacjenckiej (bo przecież na dłuższą metę ta cierpi i dlatego się zgłasza na psychoterapię) czy nawet bardziej własnego (niewpisywania się w obraz przemocowego społeczeństwa). Bezrefleksyjna identyfikacja z którąkolwiek z tych skrajnych pozycji – krytyczna kontrolująca versus porzucająca (głównie z obawy przed własną agresywnością i/lub naruszeniem pozytywnego wizerunku własnej osoby) osoba terapeutyzująca – skutkuje zablokowaniem procesu terapeutycznego. Zachowanie balansu pomiędzy tak zwaną optymalną frustracją, uważaną na gruncie teorii psychologicznych za niezbędną w rozwoju i leczeniu, a empatycznym odzwierciedlaniem, wspieraniem i nieuleganiem uwewnętrznionym stereotypom płciowym nie jest proste. Pomocne wydaje się oparcie na wiedzy pochodzącej z różnych źródeł, takich jak doświadczenia pracy specjalistów tek z osobami transpłciowymi, poddawanej weryfikacji w postaci badań naukowych [“Standards of Care”; “Standardy opieki”] (choć nawet te są przez część środowiska aktywistów na rzecz osób transpłciowych

przeżywane jako opresyjne w opozycji do modelu świadomej zgody stawianego jako przeciwieństwo przyjętych przez WPATH rozwiązań [Kuta and Fajtl] czy doświadczenia osób transpłciowych wskazujących na ich specyfikę – często realne traumy związane z kwestionowaniem odczuć, a także zachowanie neutralnej postawy oznaczającej nienarzucanie osobom, które zwracają się o pomoc, własnych rozwiązań przeżywanych dylematów. Pod względem etycznym natomiast niezbędne jest przedstawienie celu stosowanych praktyk, który za każdym razem może być zupełnie różny (diagnoza, psychoterapia w określonym paradygmacie, wsparcie, interwencja kryzysowa), co w powszechnej świadomości społecznej nie jest takie oczywiste. Widać to nawet w opisywanym tekście, gdzie autorka zrównuje działania diagnostyczne i terapeutyczne, nie dokonując ich rozróżnienia czy przywołując wypowiedzi osób transpłciowych bądź seksuołek jako interwencje psychoterapeutyczne, podczas gdy wydają się one mieć raczej charakter psychoedukacji bądź wsparcia (co nie oznacza, że nie są interwencjami pomocowymi, opartymi jednak na zupełnie innej technice pracy i mającymi inny cel). Trudno się dziwić. Z racji braku w programach szkoleniowych dla specjalistów miejsca na zagadnienia związane z funkcjonowaniem osób transpłciowych (choć oferta szkoleń podyplomowych stale wzrasta, a w programie studiów psychologicznych można spotkać różne fakultatywne zajęcia na ten temat czy szerzej LGBTQI+ albo jeszcze szerzej rozwoju psychoseksualnego człowieka) i odniesienia tej wiedzy do możliwych form interwencji to pomieszczenie występuje także w gronie samych specjalistów, powodując zajmowanie wyżej opisanych skrajnych pozycji (kategoryczna ocena, odmowa pracy) bądź poszukiwanie i kreowanie na bieżąco metod pracy, co pozostaje jednak w sferze eksperymentowania na „żywych organizmach”.

Wracając do analizowanej pracy: Dębińska opisuje również konstruowanie narracji na tle zdarzeń w obszarze prawa – wyroku Sądu Wojewódzkiego w Warszawie z 1964 roku, na mocy którego zezwolono na sprostowanie aktu urodzenia u osoby wnoszącej o uzgodnienie płci. To stanowisko zostało potwierdzone przez Sąd Najwyższy w 1978 roku, sankcjonując ową praktykę w trybie administracyjnym bez konieczności udziału osoby w rozprawie sądowej. Jednak po 1989 roku, na skutek krytyki prawnej, ustalono możliwość uwzględnienia płci przeżywanej w akcie urodzenia osobom zdiagnozowanym jako transseksualne, co przyczyniło się do pojawienia się nowej przestrzeni narracji na temat odczuć płciowych i wymusiło określone jej cechy. Autorka zreżymowała wplata w dokumentację historyczną analizę cech wymuszonych w ten sposób narracji, a także konsekwencje w postaci fałszywie uproszczonych, zniekształconych, ujednoliconych opowieści, co z kolei nastęrcza poważnych trudności metodologicznych w zakresie poznania doświadczeń osób transpłciowych. Osoby chcące uzgodnić cechy płciowe na gruncie prawnym musiały/muszą udowodnić w swoich narracjach, a także poprzez swoje funkcjonowanie, że są osobami spójnymi – zanegować upodobania estetyczne

i przyswoić kulturowe desygnaty płci odczuwanej, zanegować odczucia homoseksualne, nie ujawniać informacji, które w jakikolwiek sposób podważałyby ich „wiarygodność” (zróżnicowane preferencje seksualne, trudności w obszarze zdrowia psychicznego lub brak trudności w obszarze funkcjonowania społecznego, ponieważ to także jest konieczne do zdiagnozowania dysforii płciowej). Można sobie wyobrazić, jak konstrukt ten wywołuje niepewność w zakresie ujawniania informacji na swój temat – które z nich będą stanowić „dowód” i powód do uznania posiadanych odczuć, a które wręcz przeciwnie. Jednocześnie część z tych wymagań ulega stopniowej dezaktualizacji. Mając na uwadze poszerzenie oferty edukacyjnej w Polsce w zakresie wiedzy seksuologicznej, kierowanej do psychologów, pedagogów, prawników, wiedza na temat różnic i odrębności takich przeżyć, jak identyfikacja z płcią czy kierunek popędu seksualnego, staje się coraz bardziej powszechna i trzeba naprawdę sporej ignorancji, aby te dwie kwestie ze sobą łączyć w kontekście weryfikacji diagnostycznej.

Kolejnym polem kształtowania kategorii transpłciowości, które opisuje autorka, jest rozwój społeczności osób transpłciowych i osób sojusznicznych. Począwszy od lat 90., kiedy to część z nich zaczęła korzystać z internetu, dającego możliwość szerszego tworzenia miejsc spotkań i dzielenia doświadczeń (crossdressing.pl), stopniowo przenosząc kontakty na grunt spotkań towarzyskich („transwieczorki”) i dalej aktywistycznych (Fundacja Trans-Fuzja), społeczność powiększa się i tworzy coraz bardziej sformalizowane struktury. Dzięki temu powstała przestrzeń dająca odwagę i pozwalająca na ujawnianie tych przeżyć, które w kontekście regulacji prawnych i medycznych zagrażały uzyskaniu uznania dla identyfikacji z określoną tożsamością płciową. Zaowocowało to także powstawaniem publikacji osób sojusznicznych, które odsłaniały niewidzialną część życia osób transpłciowych i obnażały procesy społeczne stojące za kształtowaniem stosunku wobec kategorii transpłciowości, ale przede wszystkim wobec osób transpłciowych.

Wszystkie te konteksty kształtują sposób opowiadania i ujawniania poszczególnych elementów sytuacji osób transpłciowych. Dębińska wskazuje na ograniczenia metodologiczne badań opartych na technice wywiadu, związane ze wzajemnymi oddziaływaniami pomiędzy „przedmiotem badania” (wypowiedź, narracja) a „narzędziem badania” (wywiad), które kształtuje i zmienia przedmiot z uwagi między innymi na kontekst wypowiedzi, proces angażowania myślenia i symbolizowania, zaprzęgnięty w tworzenie narracji, która zwrotnie kształtuje przeżycia. Dlatego autorka podkreśla ponownie, że przedmiotem jej analiz jest bardziej proces konstruowania wyznania jako narzędzie wykorzystywane przez seksuologię i prawo do sankcjonowania wiedzy o płci, a w wymiarze indywidualnym nakład pracy związany z wyznawaniem historii niż ich efekt w postaci „transpłciowego ja” [Dębińska 87]. Innymi słowy, jak pisze autorka: „konieczne wydaje się spojrzenie na biografie osób transpłciowych jako wytwór systemu opartego na binarnej koncepcji płci i postawienie pytania o to, kiedy i dlaczego trzeba mieć płeć oraz

w jaki sposób obowiązek ten jest uzasadniany i egzekwowany” [97]. Jednocześnie wskazuje na pojawiającą się w literaturze pokusę wykreowania dychotomii pomiędzy dyskursami opresyjnymi i emancypacyjnymi oraz jej utopijność, dochodząc do wniosku, że jedno i drugie są, za Michelelem Foucaultem, przesiąknięte władzą/wiedzą. Zamiast tego podziału pomiędzy opowieścią wyemancypowanej jednostki a narzuconą przez opresyjne społeczeństwo proponuje analizę pod kątem kryterium przyjemności opowiadania, słuchania i współtworzenia, a zatem kryterium opierające się na umiejscowieniu wypowiedzi w określonej sieci relacji [Dębińska 90-91]. Przechodzi przy tym do analizy publiczności – wymuszaczy historii, biegłych, prawników – i kontrpubliczności, innych osób transpłciowych, partnerów, osób sojuszniczych. Ale czy ta dychotomia różni się czymś od poprzedniej? Wydaje się, że badaczka lokuje autentyczność wypowiedzi po stronie tej drugiej, sugerując tym samym nieautentyczność opowiedzianych historii wobec pierwszej. Z jednej strony, w kontekście przedstawionych faktów historycznych dotyczących praktyki interpretacji przepisów prawa czy procedur diagnostycznych i ich represyjnego charakteru, nie sposób się z tym w jakiejś mierze nie zgodzić. Z drugiej jednak strony, chyba, to zależy... Historie opowiadane w gabinetach często wskazują na głęboką potrzebę więzi. W obliczu frustracji, poczucia wykluczenia identyfikacja z określoną grupą sprzyja negocjowaniu subiektywnych odrębnych doświadczeń. Czy nie jest tak, że chęć posiadania wsparcia ze strony osób o podobnych doświadczeniach, których obecność daje poczucie bezpieczeństwa wobec opresyjnego społeczeństwa, jednocześnie budzi taki sam lęk przed ujawnianiem wątpliwości? Czy efekt nie dotyczy w takim samym stopniu zarówno wątpliwych lekarzy czy prawników, jak i sojuszników w walce o prawo do niezapośredniczonego diagnozą decydowania o podjęciu medycznych zabiegów? Z jednej strony w Wielkiej Brytanii niedawno odbył się proces przeciwko klinice Tavistock zainicjowany między innymi przez osobę transpłciową, która uważała, że została niedodiagnozowana, w wyniku czego przeszła serię medycznych interwencji o nieodwracalnych konsekwencjach [McCall and Nainggolan]. Na bazie tego typu doniesień (choć należy przyznać, że nielicznych, ale czy to coś zmienia?) zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i Szwecji [The National Board of Health and Welfare] toczy się dyskusja na temat dostępności i warunków podjęcia medycznych interwencji afirmujących płeć, szczególnie wobec adolescentów. Z drugiej strony doniesienia z badań wskazują na poprawę funkcjonowania osób transpłciowych w zdecydowanej większości w toku tranzycji medycznej czy prawnej, choć niektóre z tych prac są poddane krytyce ze względu na aspekty metodologiczne [Carmichael et al.; Kuper et al.; Achille et al.; Becker et al.]. Pojawiają się zatem modele mające na celu afirmację odczuć w zakresie różnorodności płciowej i swobody jej ekspresji bez presji i konieczności podejmowania działań na rzecz spójności w zakresie wyglądu w odniesieniu do ubioru czy korygowania cech anatomicznych, pozwalające na swobodne funkcjonowanie zgodnie z posiadanymi odczuciami, a jednocześnie dające czas na refleksję odnośnie do

decyzji w sprawie zabiegów medycznych. Tyle o intencjach, a w praktyce propozycja refleksji jest przeżywana jako wyraz transfobii, niekompetencji, a wszelkie próby przyglądania się argumentom wskazującym na zagrożenia zbyt szybkich decyzji o medycznych zabiegach są traktowane jako atak na wolność. Jak daleko sięga wolność, jeśli mamy do czynienia z wykonaniem zabiegów, których konsekwencje są nieodwracalne, a weryfikacja świadomej zgody budzi mnożące się wątpliwości (począwszy od definicji pojęcia, poprzez uznanie momentu życiowego, w którym jesteśmy w stanie ją podjąć – wiek metrykalny czy etap rozwoju? – aż po narzędzia ją badające – deklaracja cierpiącej osoby, która w zabiegach widzi jedyną możliwość zniwelowania swojego cierpienia, czy zobiektywizowane narzędzia psychometryczne). Czy sprzeciw wobec jakiegokolwiek zbadania sytuacji osoby transpłciowej mającej podjąć zabiegi o dużej inwazyjności wobec ogólnego stanu zdrowia fizycznego nie jest wyrazem solidarności z grupą strauumatyzowanych dotychczasowymi procedurami medycznymi i prawnymi, podobnych do siebie osób?

Idealizację świata swobodnych narracji dodatkowo uwidacznia zjawisko rosnącej liczby kategorii tożsamości w terminologii dotyczącej odczuć osób LGBTQI+, które odnoszą się do różnorodnych doświadczeń w obszarze identyfikacji płciowej i orientacji seksualnej. Z jednej strony może to odzwierciedlać rozszerzenie języka na doświadczenia dotychczas nieujawniane, a zatem niezwerbalizowane, ale z drugiej – uderza sztywność, z jaką niektóre osoby potrzebują definiować i nakreślać granice pomiędzy pojęciami. W przypadku części narracji można odnieść wrażenie ogromnego rygoryzmu w definiowaniu siebie odnośnie do tak sztywno pojmowanych kategorii. Być może jest to odzwierciedlenie uniwersalnego dla ludzi procesu kształtowania intrapsychicznych konstruktów odnoszących się do tożsamości – sposobów definiowania siebie – w związku z procesami rozwoju poznawczego, budowania stabilnych kategorii porządkujących (ale i upraszczających) rzeczywistość celem przeciwdziałania poczuciu chaosu wynikającego z wielości bodźców i doznań. W psychologii kategorię tożsamości charakteryzują spójność, odrębność i ciągłość, a stabilizacja zdolności kategoryzowania odbywa się w początkowym okresie życia na bazie doznań sensorycznych, głównie wzrokowych. Dlatego przywiązanie do kategoryzowania i oparcie na widocznych (fenotypowych) cechach obiektów są w nas głęboko zakorzenione bez względu na treść kategorii. Rozumiem, że liczba i jakość kategorii jest narzucana nam przez grupę, w której żyjemy. Maria Dębińska pokazuje nam zatem zmiany w konstrukcji kategorii transpłciowości w określonym miejscu (Polska) i czasie (lata 60. XX w. do 10. XXI w.), kształtowane przez środowiska lekarzy, prawników, aktywistów i same osoby transpłciowe, oraz proces zmiany w zakresie siły tych wpływów: od dominacji tych pierwszych do stopniowo rosnącej roli tych ostatnich. I dobrze. Bez względu bowiem na to, jak głęboko są w nas zakorzenione potrzeby tworzenia kategorii, czy wynikają one z konstrukcji naszego układu nerwowego, czy są wymuszane życiem w określonym kontekście społecznym, istotne jest, aby ich

autorami i autorkami były przede wszystkim osoby doświadczające określonych uczuć, nawet, a może szczególnie wtedy, gdy są one w mniejszości. Ten głos jest ważny, a jego efektem jest nowa, zrewidowana klasyfikacja medyczna WHO – ICD-11, w której zaburzenia identyfikacji płciowej już nie istnieją, a jednostka dotycząca przeżyć niezgodności pomiędzy płcią nadaną i przeżywaną mieści się nie w grupie zaburzeń psychicznych, tylko w rozdziale stanów związanych ze zdrowiem seksualnym i nie zawiera kryteriów operujących na binarnym porządku płciowym ani wymuszających dokonywania interwencji medycznych celem udowodnienia swoich przeżyć. Podobnie nowa, ósma wersja standardów postępowania wobec zdrowia osób transpłciowych i o zróżnicowanej płciowości wydana przez WPATH [Coleman et al.] podkreśla – wymieniając wśród zabiegów medycznych afirmujących płęć hormonoterapię, supresję hormonalną w okresie dojrzewania oraz zabiegi chirurgiczne – że nie ma jednego modelu postępowania pasującego do każdej osoby transpłciowej czy charakteryzującej się niezgodnością płciową. Ponadto postępowanie afirmujące płęć może zawierać wszystkie te zabiegi, wybrane bądź żadne, w zależności od preferencji konkretnej osoby [7]. Należy zatem pamiętać, że odczucia i doświadczenia tej grupy osób są wysoce zindywidualizowane. Dlatego też wszelkie interwencje (psychologiczne, medyczne, prawne) powinny uwzględniać subiektywną narrację dotyczącą potrzeb danej osoby oraz być poprzedzone uważną refleksją na temat znaczenia narzędzi kulturowych, których ta osoba używa dla budowania swojej opowieści, a osoba oferująca interwencje do jej rozumienia – narzędzi, pod wpływem których wszyscy pozostajemy.

Lista prac cytowanych

- Achille, Christal, et al. “Longitudinal Impact of Gender-affirming Endocrine Intervention on the Mental Health and Well-being of Transgender Youths: Preliminary Results”. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, no. 1, 2020, pp. 1-5.
- Bancroft, John. *Seksualność człowieka*. Translated by Rafał Śmietana, Elsevier Urban & Partner, 2011.
- Becker, Inga, et al. “A Cross-sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-related Medical Interventions”. *Archives of Sexual Behavior*, vol. 47, no. 8, 2018, pp. 2335-2347.
- Blonna, Richard, and Jean Levitan. *Healthy Sexuality*. Thomson/Wadsworth, 2005.
- Carmichael, Polly, et al. “Short-term Outcomes of Pubertal Suppression in a Selected Cohort of 12 to 15 Year Old Young People with Persistent Gender Dysphoria in the UK”. *PLoS one*, vol. 16, no. 2, 2021, <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0243894&type=printable>.
- Coleman, Eli, et al. “Standards of Care for the Health of Transgender and Gender

- Diverse People, Version 8". *International Journal of Transgender Health*, vol. 23:sup1, 2022, pp. 1-259.
- Cools, Martine, et al. "Caring for Individuals with a Difference of Sex Development (DSD): a Consensus Statement". *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 14, no. 7, 2018, pp. 415-429.
- Dębińska, Maria. *Transpłciowość w Polsce. Wytwarzanie kategorii*. Instytut Archeologii i Etnologii PAN, 2020.
- FRA European Union Agency for Fundamental Rights. "The Fundamental Rights Situation of Intersex People". *FRA European Union Agency for Fundamental Rights*, 2015, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-focus-04-intersex_en.pdf.
- Górska, Paulina, et al. *Raport o Polsce. Homofobiczne i transfobiczne przesłepstwa z nienawiści a wymiar sprawiedliwości*. Kampania Przeciw Homofobii, 2016.
- Kłonkowska, Anna. "(Trans)mężczyźni, (trans)kobiety i seksualność. O społecznym konstruowaniu seksualności w odniesieniu do osób transpłciowych". *A Journal of Queer Studies*, vol. 10, 2015, pp. 121-144.
- Kuper, Laura, et al. "Body Dissatisfaction and Mental Health Outcomes of Youth on Gender-affirming Hormone Therapy". *Pediatrics*, vol. 145, no. 4, 2020, http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/145/4/e20193006/1266894/peds_20193006.pdf.
- Kuta, Nina, and Dag Fajt. "Tranzycja na żądanie, czyli model świadomej zgody". *Tranzycja.pl*, 24 czerwca 2022, <https://tranzycja.pl/publikacje/tranzycja-na-zadanie/>.
- McCall, Becky, and Lisa Nainggolan. "Transgender Teens: Is the Tide Starting to Turn?". *Medscape*, 26 Apr. 2021, <https://www.medscape.com/viewarticle/949842>.
- Mijas, Magdalena, and Karolina Koziara. "Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych". *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, edited by Bartosz Grabski, PZWŁ, 2020, pp. 1-40.
- Starzewski, Łukasz. "Terapie konwersyjne powinny być w Polsce zakazane. Wystąpienie RPO do premiera". *Biuletyn Informacji Publicznej RPO*, 9 października 2020, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-premiera-terapie-konwersyjne-powinny-byc-zakazane>.
- Świder, Magdalena, and Mikołaj Winiewski. *Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2015–2016*. Kampania Przeciw Homofobii, 2017.
- The National Board of Health and Welfare. "Care of Children and Adolescents with Gender Dysphoria". *Socialstyrelsen National Board of Health and Welfare*, 2022, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf>.
- Tritt, Remigiusz J., and Bogusław Bałuka. "Historia poglądów na temat patologizacji orientacji homoseksualnej i biseksualnej", *LGB Zdrowie psychiczne i seksualne*, edited by Robert Kowalczyk, et al., PZWŁ, 2016, pp. 76-107.
- World Professional Association for Transgender Health. "Standards of Care for the Health of Transsexual,

Transgender, and Gender Nonconforming People [7th Version]”.
 WPATH, 2012, https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf.

---. “Standardy opieki dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo”. Translated by Bartosz Grabski, WPATH, 2019, https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?t=1573660119.

Abstract

Aleksandra Chodecka

Transgender – the Art of Remaining Yourself

This text refers to the book *Transpłciowość w Polsce* [Transgender in Poland] by Maria Dębińska and its description of the process of emergence and transformation of the category of transgender. It discusses the ways in which society gives a symbolic layer to the feelings experienced by transgender people. The image of a violent society is comprised of the medical sector and the legal world, and their tools include language, the structure of diagnosis, legal proceedings or medical interventions of arriving at gender characteristics. The author describes this process from both an anthropological and sociological perspective, as well as from a historical perspective. The commentary contained in the article is an attempt to outline the dilemmas faced by medical professionals, especially in situations that require decisions to propose specific forms of psycho-sexological assistance. The author of the article points first of all to the individualized situation of transgender people and the necessity to respect their viewpoint and needs. In reference to Dębińska’s text, she calls for careful analysis and consideration of the social categories in which we are all immersed.

keywords: transgender, gender identity, gender dysphoria, gender incongruence, psycho-sexual development, gender-affirming care